DERECHOS, SALUD Y SALVAGUARDASNOMBRE DEL INDIVIDUO (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

FECHA

Este formulario es requisito para personas quienes viven en establecimientos residenciales con licencia (*por ejemplo hogares de grupo, CDHs, ADHs*), y los miembros de los Grupos del Plan de Apoyo Individual lo pueden utilizar para otros ambientes si así lo desean.

1. ¿Puede la persona tener acceso a cuerpos de agua (*piscinas, zanjas para riego, estanques para peces*) sin supervisión constante por parte del personal?

Sí Por favor describa las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____

No Si no, ¿por qué? _____ Liste las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____

2. La persona de edad legal para consumir bebidas alcohólicas, ¿desea consumirlas, y tiene el consentimiento de su tutor (*si le han asignado uno*)?

Sí Por favor describa las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____

No Si no, ¿por qué? _____

N/A

3. La persona de edad legal para consumir tabaco, ¿desea consumirlo, y tiene el consentimiento de su tutor (*si le han asignado uno*)?

Sí Por favor describa las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____

No Si no, ¿por qué? _____

N/A

4. ¿Tiene la persona necesidades o requisitos especiales para transporte (*asuntos médicos, de seguridad o de conducta*)?

Por favor describa (*los asuntos médicos y de la conducta requieren Prevención/Evaluación de Riesgo*

Sí *DDD-1309AFORNA*)

No

N/A

5. ¿Necesita la persona ayuda con el cuidado personal (*ropa, baño, excusado, ayuda durante la menstruación*)? Si es así, indique la preferencia de la persona responsable en cuanto al género del personal quien proporcionará tal ayuda (*marque sólo uno*).

Sólo personal femenino Sólo personal masculino No tiene preferencia N/A

6. Si la persona vive en un establecimiento residencial con licencia, ¿tiene la persona problemas de la piel?

Sí Si los tiene, hay que proporcionarle al proveedor una Evaluación de Enfermería junto con un plan de cuidado.

No

7. ¿Tiene la persona acceso a sustancias tóxicas que no están guardadas bajo llave (*por ejemplo limpiadores, pesticidas*)?

Sí

No Si no, ¿por qué? _____

8. ¿Tiene esta persona acceso a medicamentos que no están guardados bajo llave (*recetados o no recetados*)?

Sí Comentarios _____

No Si no, ¿por qué? _____

9. ¿Existe alguna razón que impide que esta persona comparta un dormitorio (*edad, problemas médicos, conductas*)?

- Sí Describa las razones _____
 No

10. ¿Está limitada la cantidad de dinero que esta persona puede llevar consigo?

- Sí ¿Cuánto? _____ Razones para la restricción _____
 No

11. ¿Pasa esta persona tiempo no supervisado en la comunidad?

- Sí ¿Cuánto tiempo? _____ Condiciones _____
 No Si no, ¿por qué no? _____

12. ¿Pasa esta persona tiempo no supervisado en la residencia?

- Sí ¿Cuánto tiempo? _____ Condiciones _____
 No Si no, ¿por qué no? _____

13. Tiene o ha tenido esta persona:

- a. ¿Dentro de los últimos tres años, una historia de conducta que pone en peligro la vida (*ingiere objetos extraños, conducta agresiva/asaltos*)?
- b. ¿Un problema médico o de salud mental que podría poner en peligro la calidad de la vida (*caídas frecuentes conducentes a fracturas, desorden de ataques*)?
- c. ¿Uno o más Informe(s) de Incidentes Graves en un año? (*El grupo de trabajo determinará la naturaleza del incidente grave así como la necesidad de Prevención/ Evaluación de Riesgo.*)
- d. ¿Otros eventos en su vida (*por ejemplo la muerte de un familiar cercano, diagnosis, diabetes?*) (*El grupo de trabajo determinará la naturaleza del evento así como la necesidad de Prevención/ Evaluación de Riesgo.*)
- e. ¿Residencia en un establecimiento residencial con licencia?
 Sí (*Por cada riesgo identificado se necesita un formulario DDD-1309AFORNA, Prevención/Evaluación de Riesgo.*)
 No

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA), el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, llame al 602-542-6825 ♦ Available in English at your local office.